Triptyque avec dépression, chômage et DSM-IV

ENJEUX ÉPISTÉMOLOGIQUES, SOCIO-CLINIQUES ET LÉGISLATIFS
POUR LA PSYCHIATRIE, LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE, LA PSYCHOTHÉRAPIE

Sur le panneau central de ce tableau, visible au Museum Dr. Guislain (Gent) et attribué à Jacobus Schotte (1928-2007), on reconnaîtra Baruch Spinoza sauvant un psychiatre de la folie en procédant à l'excision du DSM-IV. On remarquera aussi, agenouillés dans la posture du donateur, un psychologue flamand sur le panneau de droite, un wallon sur celui de gauche.

Il est des cas où la pathologie mentale débouche inéluctablement sur la pauvreté : un psychotique a peu de chance d'y échapper s'il ne bénéficie d'un environnement privilégié. De leur côté, certains trajets de clochardisation procèdent de conduites «en rupture» témoignant d'une tentative manquée d'autonomisation. Mais pour le reste, le lien entre santé mentale et pauvreté va toujours dans l'autre sens. Une recherche – jamais démentie - menée dans la ville de New Haven, aux États-Unis, montre que 40% des consultations dans le domaine de la santé mentale ont lieu à partir des 20% de personnes les moins favorisés de la population : les travailleurs non qualifiés ou sans emploi (Hollingshead et Redlich, 1958). De même, dans une grande enquête effectuée dans l'Est du Québec, au début de années septante, on constate un lien absolument linéaire entre le revenu et la santé mentale (Denis et collaborateurs, 1973). Plus le revenu est grand, moins on consulte. Le pic de problèmes identifiés correspond précisément, dans cette étude, au creux le plus net de pauvreté (la région de Thetford Mines). Diverses recherches attestent qu'à pauvreté égale, en cas d'effondrement psychique, c'est la déchirure du tissu social qui fait la différence. Ainsi, les quartiers pauvres culturellement hétérogènes sont-ils plus pathogènes pour leurs habitants que les quartiers pauvres culturellement homogènes (Levy et Rowitz,

1973). Dans une région rurale démunie de Nouvelle Écosse, on observe une meilleure santé mentale dans les villages organisés sous un leadership fort que dans ceux qui apparaissent socialement désorganisés (Leighton, 1963). De même, dans les quartiers des villes anglaises les plus pauvres, la délinquance est peu élevée si le sens de l'appartenance culturelle n'a pas été entamé (Wedmore et Freeman, 1984).

«La pauvreté», note Michel Tousignant (professeur à l'Université du Québec à Montréal), «ne conduit pas à une détérioration de la santé mentale si le tissu social demeure relativement intact et si une solidarité peut se maintenir à l'intérieur des réseaux». Les indices socio-économiques », souligne-t-il, «correspondent amplement avec les indices de santé mentale. Mais ce sont souvent les personnes en chômage – temporaire ou continu – qui sont les plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale»[1]. Et de fait, le stress lié à la crainte de perdre son l'emploi, la perte de statut, le bouleversement du rythme de vie, le bris des projets, de l'estime de soi, la mise en danger de la position parentale et de la vie en couple, ne sont pas sans émousser tout ce qui donne sens à la vie et soutient l'identité. L'hyper-concurrence imposée par le «grand marché financier mondialisé autorégulé» entraîne *de facto* l'érosion des solidarités. On trouvera une description socio-clinique impitoyable de cette mise à mal dans *Navigators*, un film de Ken Loach, de 2001, décrivant les conséquences intimes et relationnelles de la nationalisation des chemins de fer britanniques. De son côté, le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours insiste sur un phénomène nouveau : le suicide sur le lieu du travail (pratiquement réduit jadis à la pendaison du fermier dans sa grange). Dans «Souffrance en France» (Seuil, 1998), il décrit cliniquement l'effritement des solidarités. Dans un univers

[1] Michel Tousignant : « Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques », PUF, Paris, 1992. Cet ouvrage est truffé de renvois à des enquêtes précises et factuelles. On y trouvera les références précises aux recherches évoquées ci-dessus.

professionnel précarisé, la crainte de faire partie de la prochaine «charrette» peut amener à fermer les yeux sur le sort de collègues malmenés. Elle peut aboutir au déni de sa propre souffrance quand, pour garder sa place, il faut consentir au «sale boulot» : celui, par exemple, de licencier les autres. La préservation de l'image de soi peut se payer alors d'un inquiétant clivage de la personnalité.

Dans un livre qui vient de paraître, «Violence de l'insécurité» (PUF, 2010), Didier Robin, psychanalyste et systémicien, distingue le niveau de *sûreté* objective du monde où l'on vit, du sentiment subjectif d'*insécurité* avec lequel on peut habiter ce même espace. Lié aux aléas de la vie pulsionnelle et du lien avec autrui, plutôt qu'à un taux quelconque de criminalité, le sentiment d'insécurité apparaît plus générateur de violence que découlant de la présence objective de celle-ci. Or, on l'a vu, la destruction du lien, la baisse de l'estime de soi, viennent aggraver les pertes d'emploi. Le travail, en outre, fait partie des ancrages de l'identité. On ne sera pas étonné dès lors des résultats d'une recherche de Marc Hooghe (un sociologue de la Katholieke Universiteit Leuven), à paraître dans le *British Journal of Criminology* (2011). En conclusion d'un travail, mené en Belgique de 2001 à 2006, ce chercheur et ses collègues établissent un lien statistique entre chômage et criminalité, avec une mention particulière pour le Hainaut. Cela ne veut pas dire évidemment que les chômeurs seraient plus particulièrement portés à la criminalité[2]. Dans l'enquête de Marc Hooghe, la corrélation entre chômage et

[2] Ce n'est pas forcément une bonne nouvelle. Il importe, en effet, de ne pas confondre ordre social et bien-être, normalité et santé : du point de vue de la santé psychique individuelle, la violence contre autrui peut s'avèrer moins délétère que la violence contre soi. Ainsi, la violence des jeunes de banlieues (prompts, dans certains contextes, à incendier n'importe quelle voiture) peut-elle procéder d'une reconstruction narcissique : selon un parcours les menant de la honte à la haine. Le dépassement d'un vécu de stigmatisation est quelquefois à ce prix. Dans nombre de cas, le recours à l'autre (plutôt que la prostration) passe par l'agressivité — terme dont l'étymologie signifie déjà «aller vers» (depuis le latin *ad-gressus*). Voir à ce sujet l'ouvrage tout en nuances d'Alice Cherki (psychiatre et psychanalyste) : *La frontière invisible (Violences de l'immigration*), Éditions des Crépuscules, Paris, 2006 (prix Œdipe 2007).

criminalité est due au fait que le taux de chômage est un excellent indice du degré de mise à mal du tissu social — laquelle ne peut déboucher que sur un accroissement de violence. Mais il importe de garder à l'esprit que cette dernière se manifeste selon deux modalités : la violence contre autrui et la violence contre soi. Dans l'ouvrage de Didier Robin, on a la surprise d'apprendre que, dans notre société, on court deux fois plus le risque de se suicider que d'être assassiné ! C'est l'occasion de rappeler qu'au *hit parade* mondial des suicides, la Belgique semble bien occuper la deuxième place, après la Finlande — deux pays pourtant au système social particulièrement développé.

Parlant de suicide, rappelons que là se trouve aussi l'issue de 15%[3] des dépressions graves. Celles-ci, selon l'OMS[4], affectent de 3% à 10% de la population mondiale — mais avec des pourcentages qui montent en flèche dans le sillage des maladies graves : 44% de déprimés majeurs chez les malades du SIDA, 33% chez les cancéreux, 22% après un infarctus. On sait, par ailleurs, que la dépression constitue elle-même un facteur de risque pour le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Plus lapidairement, les prévisions épidémiologiques pour la prochaine décennie voient dans la dépression la seconde cause au monde d'années de vie perdues ou marquées par une incapacité. En Europe, de nos jours, l'état dépressif semble corrélé en premier lieu avec la solitude, en second avec le chômage — ce qui donne à penser. Dans son rapport de 2002, l'OMS avait déjà noté que la dépression, dans le monde, était à elle seule responsable de plus de 12% des années de vie vécues avec incapacité (AVI). Plus largement, 33% de ces années d'invalidation sont imputables à des troubles psychiatriques. En 1998, le pourcentage n'était que de 28%, mais sa divulgation avait fait l'effet d'un coup de tonnerre : personne n'imaginait avant cela une telle incidence des problèmes

[3] Il s'agit d'un ordre de grandeur consensuel entre cliniciens, des statistiques rigoureuses s'avérant délicates en la matière.

[4] *Investir dans la santé mentale*, OMS, 2004.

psychiatriques sur la qualité de vie de la population mondiale. À travers ces données, en tout cas, c'est la complexité du phénomène dépressif qui s'impose à nous et, en contrepoint, celle du métier de psychiatre. Plus largement, dans le champ de la santé mentale, quelle position tenir face aux déterminants socio-économiques de la dépression ? Se contenter d'ajouter une goutte de neurotransmetteur dans des rouages qui broient ? Ou prendre en compte l'ensemble du mécanisme ? Au vu des statistiques et des prévisions, la question n'a rien de rhétorique. Mais peut-être, vu son ampleur, vaut-il mieux braquer le projecteur sur une autre facette de la réalité psychiatrique ? Nous y verrons la dépression surgir par un tout autre bord, non sans rapport pourtant avec le précédent.

Je ne fais pas allusion, comme on pourrait s'y attendre, à la dépression du psychiatre lui-même — réduit au rôle de paria de la techno-médecine contemporaine, tout particulièrement au sein de l'hôpital général. Je parle plutôt de son rôle de nécessaire interface entre le registre des neurosciences et celui des théories psychodynamiques, de la chance qu'il offre de ce fait à la médecine de devenir enfin scientifique : non pas tant en s'efforçant de mimer les prouesses de la techno-médecine, qu'en rapatriant en son sein cette dimension essentielle où, comme dit le wolof, «l'homme est le remède de l'homme». J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit en rien d'une effusion lyrique. Que du contraire ! Depuis plus d'un demi siècle, il est expérimentalement prouvé[5], et inlassablement reconfirmé, qu'avec une étrange obstination l'effet-placebo participe pour 33%, en moyenne, de tout processus de guérison — toutes pathologies et toutes thérapeutiques confondues (y compris la chirurgie). Il est également

[5] Contrairement à ce qu'on imagine, il s'agit sans doute du terrain le mieux documenté de la recherche médicale contemporaine. La littérature – purement expérimentale – s'y évalue en mètres cube plutôt qu'en nombre d'articles. Non pas que les chercheurs raffolent de ce domaine subversif où la science vient démentir la croyance scientifique, mais le législateur leur fait obligation de tester toute nouvelle thérapeutique introduite sur le marché à la lumière d'expérimentations «en double aveugle» avec un placebo et/ou avec une procédure déjà éprouvée en la matière.

établi que son inquiétant cousin, l'effet-nocebo[6], est apte à mettre en échec les thérapeutiques les plus éprouvées. L'effet-placebo pour autant n'est nullement pris en compte par «l'art de guérir», il ne réoriente en rien la conception du nursing et de l'accueil en milieu hospitalier[7]. Ce n'est pas étonnant, car la techno-médecine, on le sait, suspend la réalité du corps pour mieux maîtriser ses organes — ce qui est d'autant plus légitime que ce pragmatisme sauve parfois la vie. Mais c'est loin d'épuiser la question. Or, la démarche scientifique ne peut se permettre d'esquiver la moitié d'une question.

Dans l'histoire de la philosophie, au moins depuis Aristote, tout un courant – qui trouve son accomplissement chez Spinoza[8] - ne cesse de soutenir que *Nihil in intellectu, nisi prius in sensu* : il n'y a dans l'intellect rien qui ne soit passé d'abord par les sens. Et la réciproque n'est pas moins importante : rien dans l'esprit qui ne puisse affecter le corps. Par exemple, la dépression immunitaire consécutive au deuil[9], on l'a évoqué,

---

[6] *Placebo*, du latin : «je plairai», à partir d'une citation du Psaume 116 – *Placebo Domino, in regione vivorum* (Je plairai au Seigneur dans le règne des vivants) – popularisé, dès le XIIIème siècle, par son introduction dans les Vêpres des Défunts. Le premier article scientifique sur le placebo est dû à Pepper (Pepper, O. H. P., «Note on placebo», *Tr. and Stud. Coll. Physicians*, Philadelphia, 1945, 12, 81-82 ; l'introduction du terme «*nocebo*» (je nuirai) vient de Kennedy (Kennedy, W. P., *The nocebo reaction*, *Med. World*, London, 1961, 95, 203-205. On trouvera une bonne introduction à la question du placebo dans : Anne Harrington, *The Placebo Effect (An interdisciplinary exploration)*, Harvard University Press, 1997 ; Léon Cassiers, «Réflexions épistémologiques sur le placebo», *Bulletin de* l'Académie *Royale de Belgique*, pp. 192-208, 147, 1992 ; Léon Cassiers, «Le placebo : essai de description raisonnée de l'action du psychisme sur le corps», *Cahiers de Psychologie Clinique*, Bruxelles, pp. 221-24, 2, 1994.

[7] Trop souvent ramené dans la persective gestionnaire - faute de moyens, mais plus encore d'inspiration - au schéma «marche ou crève».

[8] Voir, par exemple, Robert Misrahi, *Le corps et l'esprit dans la philosphie de Spinoza*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998.

[9] Objectivée depuis longtemps par la psycho-neuro-immunologie. Voir, par exemple, l'article fondateur de Robert Ader and Nicholas Cohen : «Behaviorally conditioned immunosuppression», *Psychosomatic Medicine*, 1975, Vol 37, Issue 4, 333-340 ; ainsi que Robert Ader, *Psychoneuroimmunology*, Academic Press, New York, 1981 ; de même que la somme de Jean-Michel Thurin et Nicole Baumann, *Stress, pathologies et immunité*, *Flammarion, Paris,* 2003.

peut faire le lit du cancer, tout comme le cancer peut faire celui de la dépression. Une des fonctions du psychiatre, rapatrié de plein droit dans la médecine, serait de garder ensemble ces dimensions.

L'enjeu tant clinique qu'épistémologique de l'effet-placebo n'est pas fait pour étonner la psychanalyse. Convoquons donc Freud un court instant. Depuis son étude sur l'aphasie, en 1891, jusqu'à l'*Abrégé de psychanalyse*, en 1938, son inventeur n'opposa jamais le registre de la psychanalyse à celui de la neurophysiologie. Aujourd'hui, il serait sans doute un lecteur passionné de Kandel[10], Edelman, Damasio. Dans son cheminement, Freud s'appuie sur ce que la psychopathologie lui révèle à gros traits, pour déchiffrer progressivement ce qui est inscrit au filigrane de tous les humains. Au départ, il pense que l'inconscient, tout comme le refoulement, est un trait pathologique typique de la névrose hystérique. Dans chaque cas, il repère, dans l'enfance, une séduction sexuelle traumatisante dont l'effet ne se manifeste qu'après-coup. Sur cette pierre d'angle, il bâtit l'essentiel de sa théorie de la mémoire. Au fil du temps, nuançant son approche, il relativise la séduction perverse. La notion d'une réalité psychique individuelle inconsciente, intrinsèquement conflictuelle, finit par l'emporter. Il n'abandonne jamais pour autant le registre de la séduction. Dans son œuvre, magistralement remise au net par Jean Laplanche[11], le *sexuel* se différencie de plus en plus du sexué, du génital, du génésique, et bien sûr du genre. La sexualité y apparaît de moins en

[10] Psychiatre juif d'origine viennoise, Eric Kandel voulait devenir psychanalyste. Émigré aux États-Unis, il se contentera finalement du prix Nobel 2000 (partagé avec Arvid Carlsson et Paul Greengard) pour ses travaux neuroscientifiques sur la mémoire. Voir : Eric Kandel, *À la recherche de la mémoire. Une nouvelle théorie de l'esprit*, Odile Jacob, Paris, 2007. Freud (1856-1939) est lui-même l'auteur d'une théorie de la mémoire et de l'«appareil psychique», évoluant dans un tout autre registre mais parfaitement compatible avec les avancées les plus contemporaines des neurosciences.

[11] Voir : Jean Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, PUF, Paris, 1987, ainsi que, du même auteur, *Entre séduction et inspiration : l'homme*, PUF, 1999, et *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien*, PUF, 2007.

moins comme un donné «naturel». Chez l'homme, en effet, la déficience de l'instinct est suppléée par le pulsionnel et - tout autant - par le culturel. Au fil initial du contact vital et prolongé avec le corps de l'adulte, chaque partie du corps de l'enfant, chacune de ses fonctions – toute activité humaine - peut progressivement s'érotiser. Plus rien, chez l'homme, n'est simplement biologique. Dans la perspective freudienne, entre la culture qui nous héberge, les gènes qui forment notre héritage, les interactions biochimiques qui nous traversent, les désirs qui nous habitent, il n'y a pas plus d'homogénéité que de solution de continuité. La rigueur ne peut déboucher que sur l'interdisciplinarité,

Mais, en fait, c'est le réductionnisme qui domine. La science se voit confondue avec la technologie, et il n'est de progrès dans l'imagerie médicale qui ne soit pris un temps pour le dévoilement du «mystère de la vie». Autant pourtant, il est captivant de saisir la variabilité d'un élément nouveau (comme la sérotonine) dans le décours d'un phénomène complexe (comme la dépression), autant il est aventureux de s'imaginer avoir cerné par là le fond du problème. N'empêche que nombre de chercheurs nous tartinent quotidiennement les neurones d'ocytocine, de dopamine, de vasopressine, pour nous déniaiser ès mécanismes du coup de foudre, de l'amour, de l'attachement, de l'infidélité — au risque d'un saut épistémologique périlleux (roulement de tambour) entre le comportement du campagnol mâle du Middle West (*microtus ochrogaster*) et celui du jeune cadre zurichois (*homo sapiens*)[12]. Il est démontré, en effet, que l'ocytocine favorise le lien chez le campagnol des plaines et que le jeune cadre zurichois peut se trouver lui-même exposé à cette hormone. Il n'est pas interdit de rêver pourtant à un véritable débat entre la psychanalyse et les neurosciences, lequel nous vaudrait de précieux échanges autour de l'*effet placebo.* Mais ce débat n'a pas lieu où seraient

[12] Voir, si les phéromones vous y incitent : Lucy Vincent, *Comment devient-on amoureux ?*, Odile Jacob, Paris, 1994. Ou plutôt, Marie-Noëlle Schurmans et Loraine Dominicé, *Le coup de foudre amoureux (essai de sociologie compréhensive)*, PUF, Paris, 1997.

conviées la biologie des émotions et la métapsychologie des pulsions. Il n'a pas lieu car dans le champ où il serait le plus nécessaire – celui de la pratique clinique – ni les neurosciences, ni la psychanalyse ne sont conviées. À ce niveau, en effet, le bagage neuroscientifique n'apparaît plus que sous forme d'applications technologiques pragmatiques, et de dialogue entre des généralistes chargés de tester des molécules, et des firmes pharmaceutiques soucieuses de les commercialiser. La psychiatrie «biologique» relève ici du trompe-l'œil, souligne Philippe Pignarre : «On n'est pas dans le domaine du savoir – les études cliniques qui donnent à une molécule le statut de médicament sont indifférentes aux raisons de son efficacité (…). La psychiatrie biologique, c'est ce dont on parle ; l'industrie pharmaceutique c'est la puissance tutélaire qui se situe derrière et qui agit»[13] .

En matière de psychiatrie, comme on sait, le trompe l'oeil a trouvé son bréviaire dans le DSM-IV. En principe, apolitique et athéorique - en tout cas ascientifique - le DSM n'avait à ses débuts que l'ambition modeste d'offrir aux psychiatres du monde entier un outil de communication et aux patients des codes de remboursement. Mais d'athéorique cet inventaire est devenu carrément anti-conceptuel, en même temps qu'au fil d'un silencieux coup de force, il se muait, de manuel de conversation psychiatrique, en répertoire mondial obligé des écarts à la norme («*disorders*»). Dans le mode d'emploi de l'actuel DSM, penser n'est plus qu'une variable parasite faisant perdre du temps à l'évaluateur. À l'heure du *coaching*, diagnostiquer c'est cocher. Il s'ensuit que tout qui veut travailler correctement sans pour autant risquer sa carrière, se voit obligé – tel un marrane - de traduire ses dossiers en CIM-10[CIM-9-MC] :

---

[13] Pignarre Ph., *La cigale lacanienne et la fourmi pharmaceutique*, p 88, EPEL, Paris, 2008. Fondateur et directeur de la maison d'édition «Les Empêcheurs de Penser en Rond», ancien directeur de la communication au laboratoire pharmaceutique Synthélabo, Philippe Pignarre - toujours décapant - connaît bien la logique et la réalité du système.

invoquant F60.4[301.50][14] au grand jour, tout en révérant l'hystérie freudienne à la nuit. À la faveur du retour à l'ordre nourri par l'obsession des intrus (pédophiles, terroristes, fumeurs, virus, immigrés) ce manuel pourrait s'avérer plus performant que le recadrage psychiatrique des dissidents sous Brejnev. Car, en fait, l'inquiétant dans le DSM, c'est son apparence consensuelle : cette absence de théorisation qui le rend, d'une part, inattaquable conceptuellement, et de l'autre, adaptable sans effort à tout nouvel écart à la norme. Ajoutons à sa décharge que le DSM gagne en comique ce qu'il perd en rigueur. Ainsi, le *disorder* F32.x[296.2x], «Trouble dépressif majeur, épisode isolé», se caractérise, selon le manuel, par la «Présence d'un épisode dépressif majeur», lui-même rapporté à la présence, notamment, d'une «Humeur dépressive»[15].

La toxicité du DSM est malheureusement sous-évaluée par les psychiatres d'âge mûr, appuyés sur une formation dont ils oublient qu'elle est devenue étrangère à leurs cadets. À leur niveau, faute de mieux, le «manuel» est confondu avec un traité de psychopathologie, ou pris pour un classement rigoureux — alors qu'il ne s'agit que d'un fatras pragmatique reposant sur les débris d'anciennes nosographies et sur le consensus fluctuant de praticiens sous influence. L'élaboration occulte du DSM-V, sur un mode proche du «secret défense»[16], n'a cessé d'inquiéter l'ex-commandant de la *task force* du DSM-III lui-même. Membre éminent de l'Association Américaine de Psychiatrie, le docteur Robert Spitzer est, en outre, réticent au projet d'ajout de diagnostics «prémorbides», qui permettraient de médiquer préventivement - et lucrativement -

[14] La personnalité histrionique.

[15] *Mini-DSM-IV*, pp 167 et 162, Masson, Paris, 1996. Plus précisément encore, le diagnostic de F 52.3 [302.73] «Trouble de l'Orgasme chez la femme», «repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue» (*op. cit.*, pp 237-238) : une conception très active semble-til de la mission du clinicien.

[16] Les participants à l'élaboration du DSM-V ont dû préalablement signer un engagement de ne divulguer à quiconque le contenu de leurs échanges.

d'éventuels futurs désordres. Dans cette perspective, explique l'historien et essayiste Christopher Lane, il faut savoir que «des psychiatres de Floride ont, en 2007, administré des psychotropes non approuvés par la *Food and Drug Administration* à 23 enfants de moins d'un an. Ils ont poursuivi leurs essais sur 39 bambins âgés d'un an, 103 de deux ans, 315 de trois ans, 886 de quatre ans et 1801 de cinq ans»[17]. Lane avait déjà attiré l'attention sur la campagne publicitaire nationale qui, jusque dans les autobus, avait contribué à lancer, avec les molécules correspondantes, un des troubles les plus rentables du DSM-IV : le *social anxiety disorder* (anciennement timidité)[18]. La tendance serait, par ailleurs, à définir un *disorder* en fonction des effets de telle ou telle drogue : le trouble *y'* étant alors, par définition, celui sur lequel influe la molécule *y.* De nombreux produits semblent en attente du *disorder* qui voudrait bien les adopter.

Synthétisé par le chimiste américain Leandro Panizzon, le méthylphénidate fut breveté en 1954. Au départ, Panizzon ne voyait pas très bien à quoi sa molécule pourrait servir, mais sa femme (et apparemment cobaye) Rita avait remarqué qu'elle jouait mieux au tennis après avoir absorbé une dose de ce stupéfiant proche des amphétamines — ce pourquoi il le baptisa *Ritalin*. Le *Ritalin* fut d'abord employé dans la dépression, puis il servit à rendre plus sages les écoliers des ghettos noirs des villes américaines, d'où son surnom de «pilule d'obéissance» (à prendre avant la classe). Depuis une quinzaine d'années, la prescription de *Ritaline* (en Belgique, *Rilatine*) est exponentielle dans les pays européens. Dans certains cas, elle peut aider des enfants dits jadis «hyperkinétiques», mais elle est surtout devenue le palliatif machinal à l'absence de contenance éducative. C'est dans ce contexte que prospère,

---

[17] Christopher Lane, «Les diagnostics délirants de la psychiatrie américaine»*, Slate*, août 2009 (http ://www.slate.fr).

[18] Voir : Lane C., *Shyness : how normal behavior became a sickness*, Yale University Press, 2007. [Lane C., 2009, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotion*, Flammarion, Paris, 2009].

dans le DSM-IV, le «trouble déficit de l'attention avec hyperactivité» (anciennement, turbulence). Mais il est d'autres chemins pour qu'un trouble soit inclu ou exclu. L'état de stress post-traumatique, bien que très documenté depuis la grande guerre (notamment par Freud), était laissé dans l'ombre par les premières versions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Faute de nomenclature précise, les anciens du Vietnam peinaient à se faire indemniser par les assurances[19]. Ils se lancèrent donc dans un lobbying effréné qui valut son entrée dans le DSM-III, ainsi qu'une aura de découverte de première importance, au *posttraumatic stress disorder* (*PTSD*). Un autre avatar scientifique concerne l'homosexualité. Dans le DSM-III, l'homosexualité était encore répertoriée comme *disorder*, au grand mécontentement des psychiatres *gay*. Ils organisèrent en conséquence des chahuts monstre lors des colloques de l'Association Américaine de Psychiatrie, jusqu'à lasser leurs confrères et aboutir, les ayant épuisés, à la discrète éviction de l'«homosexualité égo-dystonique» du DSM-IV.

Les considérations qui précèdent relèvent peut-être d'un «*DSM stress disorder*» qui pourrait éclore en code dans le DSM-V ? En fait, elles tentent surtout de rendre compte de ce que devient un diagnostic quand, refusant de s'interroger sur le sens individuel et collectif des symptômes, il se déconnecte de toute psychopathologie et de toute démarche scientifique. Ce glissement est sensible quand, dans le DSM-IV, la névrose obsessionnelle fait place au trouble obsessionnel-compulsif (TOC), larguant au passage toute perspective psychodynamique. Renouant avec le seul pragmatisme, elle ouvre la voie à la neuro-chirurgie des TOC qui, à quelques raffinements près, nous ramène du côté sauvage et aveugle des

[19] Voir : Kirk S. et Kutchins H., [1992], *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthélabo, Paris, 1998.

anciennes lobotomies[20]. Le pragmatisme apparaît dans l'évolution des indications d'une même molécule : ainsi, la métoclopramide (Primpéran) passe-t-elle du statut de neuroleptique à celui d'antiémétique, le méthylphénidate (Rilatine) se prescrit aux enfants agités après avoir ciblé les adultes déprimés, etc. Ce tâtonnement se retrouve dans le retour contemporain à l'électrochoc. Découlant d'observations sur l'effet sédatif de décharges infligées aux porcs avant abattage (Ugo Cerletti, 1938), la désormais «sismothérapie» apparaît parfois comme le dernier recours en cas de mélancolie grave — sans pour autant qu'on sache comment ça marche. Face à l'ampleur des symptômes, la complexité des causes, la médecine mentale s'est souvent résignée à secouer le patient pour le ramener à lui[21]. Ces approximations deviennent inquiétantes dans l'émergence de la neurochirurgie fonctionnelle des TOC rebelles[22]. L'imagerie certes permet de voir quelles zones cérébrales s'activent à tel ou tel propos, et d'intervenir de manière plus précise que jadis — mais sans savoir pour autant ce qu'on fait en visant un maillon d'une chaîne dont l'essentiel échappe. Ni surtout l'ampleur des risques. De plus, en cas de succès, il est difficile d'évaluer la part de l'effet placebo. Rappelons que l'efficacité des molécules elle-même est hypersensible au contexte : il y a longtemps, par exemple, qu'on a constaté que le passage répété d'un univers ludique à un contexte stressant pouvait, en un clin d'œil, alternativement inhiber ou activer les effets de la chlorpromazine chez le chien[23].

---

[20] Qui, d'après Philippe Pignarre, ont surtout servi à désencombrer les asiles — la méthode s'éteignant pratiquement avec la mise sur le marché du premier neuroleptique : plus efficace et beaucoup moins aventureux.

[21] Excision médiévale de la «pierre de la folie», immersion soudaine dans l'eau froide, choc au Cardiazol, coma insulinique, etc. — toutes techniques provoquant une détresse vitale et une sorte de remise en ordre consécutive.

[22] Par exemple : Polosan M., Millet B., Bougerol T., Olié J-P., Devaux B., Traitement psychochirurgical des TOC malins : à propos de trois cas, in *L'Encéphale*, Paris, 2003 ; XXIX : 545-52, cahier 1.

[23] Le meilleur ami du chercheur pavlovien. Ayant injecté à ses victimes 3 mg de Largactil par kg de chien, le chercheur roumain Corneliu Giurgea (futur professeur à la Faculté de Psychologie de

Derrière son aspect tolérant, le néolibéralisme cache une férocité extrême. Il excelle dans la destruction du lien social. Atomisés, les individus s'accrochent désespérément à leur peu de repères. Comme des sportifs à bout de souffle, ils sont prêts à n'importe quel dopage pour remonter en selle. Malvenu alors de s'interroger sur le sens de la course. Le néolibéralisme ne déteste rien tant que la fonction critique : santé mentale, santé sociale, ne sont pas sa tasse de thé. Mais la réalité insiste. Insistons donc sur un exemple de complexité irréductible à quelque position d'école. Le mot «dépression», pour y revenir, désigne une nébuleuse nosographique aux contours flous, assez centrée néanmoins pour qu'on puisse émettre un diagnostic et se livrer à des prévisions. Diverses autorités sanitaires s'accordent, on l'a vu, pour voir dans la dépression, à moyenne échéance, la seconde cause d'invalidité au monde. La dépression grave débouche sur environ 15% de suicides. En Europe, l'état dépressif se voit corrélé en premier avec la solitude, en second avec le chômage, lui-même générateur de solitude. En Belgique, le suicide reste, après les accidents, la seconde cause de mortalité chez les adolescents. Au Japon, une étude a mis en rapport certaines particularités génétiques (relatives à la production de dopamine) avec la propension au suicide chez les hommes[24]. Notons que cette étude ne parle pas de «gène du suicide», mais d'une fragilité pouvant le favoriser. Par ailleurs, diverses recherches ont mis en évidence un niveau significativement bas de sérotonine chez les individus déprimés. Des laboratoires, de leur côté, ont réussi à produire des molécules qui arrivent à maintenir un meilleur taux de ce neurotransmetteur dans l'organisme (par exemple, la fluoxétine,

---

l'Université de Louvain) constate fortuitement, en 1957, que l'effet de la drogue (diminution du tonus central, comportement stuporeux) s'abolit ou se restaure, jusqu'à quatorze fois en un quart d'heure, selon que l'animal est tiré vers la porte de la salle de jeu ou vers celle – peu appprécièe – du laboratoire pavlovien. Cfr Giurgea C., Neurophysiologie et conditionnement, *Annales de la Société Royale de Sciences Médicales et Naturelles*, Bruxelles, 17, II, 1964.

[24] Shindo S., Yoshioka N., Polymorphisms of the cholecystokinin gene promoter region in suicide victims in Japan, *Forensic science international*, 2005, vol. 150, n°1, pp. 85-90.

commercialisée sous le nom de *Prozac*, et appelée encore «pilule du bonheur»). Antidépresseurs de la dernière génération, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) donnent autant satisfaction que leurs prédécesseurs (les tricycliques) tout en entraînant moins d'effets secondaires. Prescrits sans précaution, ils favorisent néanmoins le passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent — même non japonais. Mais, en 2008, coup de théâtre ! Une étude du professeur Irving Kirsch (Hull University, UK), basée sur les résultats d'essais cliniques réalisés par les firmes concernées mais dissimulés par elles, montre que les ISRS ne fonctionnent pas mieux que des placebos — sauf dans les cas de *dépression grave*[25]*.* Cette étude n'a jamais été invalidée. Il est, par ailleurs, patent que la dépression grave ne favorise pas l'investissement d'un traitement.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cette recherche ne discrédite en rien les ISRS. Elle confirme simplement que, dans tout processus thérapeutique, l'investissement transférentiel de la situation est (logiquement et chronologiquement) premier[26] et que son effet s'avère

---

[25] Étude publiée en ligne sur PLOS-pMedicine, 26 février 2008.

[26] Comme, il falllait s'y attendre, l'effet-nocebo suit la même logique : il précède l'effet pharmacodynamique par lequel, en un second temps, il se fait quelquefois racheter. Ainsi, Schneider et Delaloye, qui expérimentent le *Doridène 200* (gluthétimide, un hypnotique non barbiturique) en comparaison avec un placebo, voient sept sujets abandonner l'expérience en raison d'effets secondaires trop pénibles. Mais ils ont la surprise de constater que deux d'entre eux ne supportent pas le *Doridène* et cinq le placebo ! Impossible, autrement dit, pour les deux premiers, de savoir si l'intolérance au Doridène relève du gluthétimide ou de l'effet-nocebo. De leur côté, Klauser et Klein avaient déjà constaté plus d'effets secondaires au placebo qu'à un hypnotique léger mais ils avaient émis, pour leur part, une hypothèse dont on peut se demander s'ils ont saisi la portée «copernicienne» pour l'univers du médicament ? «*Il est probable*, écrivent-ils, *que la substance sédative, par son action sur les formations végétatives, diminue le pourcentage des effets secondaires*» — lesquels, faut-il le souligner, apparaissent évidemment *primaires* dans ce cas. Voir : Clauser G. und Klein H., «Kritische Übersicht über das Placebo-Problem», *Münch. med. Wschr.*, 1957, 99, 24, pp 896-901. ; Schneider P. B. et Delaloye R., «Effet médicamenteux et effet placebo chez des sujets normaux», in *Arch. suisses Neurol. Psychiat.*, 1959, 84, pp 308-316).

quelquefois suffisant : pas de différence constatée, dans la dépression simple, entre les molécules et le placebo. Mais cela ne veut pas dire que les molécules soient pour autant inopérantes: simplement, leur effet n'est pas supérieur à celui – *bien réel* – du placebo (une thérapeutique aux effets physiologiques parfaitement mesurables). En cas de dépression grave, en effet, il est difficile d'investir quelque relation que ce soit : peu d'accrochage transférentiel, autrement dit, pour induire un effet-placebo. N'apparaît plus dès lors – s'il existe - que l'effet pharmacodynamique spécifique de la molécule. Paradoxalement, la recherche d'Irving Kirsch montre que les ISRS sont des médicaments efficaces — même si leur prescription apparaît pour le moins excessive. En Grande Bretagne, plus de 16 millions de prescriptions d'ISRS ont été effectuées en 2006, et l'on peut douter qu'elles répondent toutes à des dépressions majeures. Par contre, tout psychanalyste ayant accompagné des patients gravement déprimés sait que c'est à la faveur d'une médication appropriée qu'ils ont, le plus souvent, réussi à s'engager dans une cure. Et l'on peut dire que, de même que l'effet pharmacodynamique vient à la suite de l'effet placebo, l'abord psychothérapeutique de la souffrance gravement dépressive - éventuellement déclenchée par une perte d'emploi - ne devient possible qu'après l'apaisement, via la molécule appropriée, de la maladie consécutive du système sérotoninergique — éventuellement favorisée elle-même par une moindre résistance génétique au stress. «Maladie» doit s'entendre ici au sens précis de «*disease*», tel que défini par le psychiatre et anthropologue Arthur Kleinman (Harvard University, USA). On sait que, là où le français ne parle que de «maladie», l'anglais dispose couramment de trois termes - *sickness*, *disease* et *illness* – dont Kleinman a montré la spécificité. Là où *sickness* se réfère, en tant que maladie, à un état ou un comportement s'écartant de la norme dans une population donnée, *disease* se rapporte à la maladie au sens biomédical du terme, et *illness* au vécu de souffrance qui l'accompagne[27]. Selon

[27] Voir : Arthur Kleinman, *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, 1980.

l'abord clinique, on se trouvera donc plutôt du côté de la mise en œuvre d'une intervention ou d'un soin (*curing disease*), ou plutôt de l'accompagnement thérapeutique d'une guérison (*healing illness*). Le psychiatre tout comme la dépression campe à l'interface de ces registres.

Dans *Le pouce du panda,* le biologiste darwinien Stephen Jay Gould souligne que les primates, comparés aux autres mammifères, ont un développement lent, mais que nous avons accentué cette tendance plus que quiconque : «*Nous sommes au tout premier chef des animaux capables d'apprendre, et notre enfance prolongée permet la transmission de la culture par l'éducation*»[28]. Dans le règne humain, le rapport à l'autre est primordial et fait le lit d'une pulsionnalité – au sens freudien - qui ne doit plus grand chose à l'instinct. Les petits n'arrivent à survivre qu'au prix d'une longue prise en charge. En contrepartie, la maturation lente de leur cerveau (qui, à trois ans, n'a pas atteint les ¾ de son volume) ouvre un large champ à l'expression des gènes sous l'influence du milieu. De même, la plasticité neuronale et synaptique y est telle que, paraphrasant Bourdieu, Changeux peut parler d'«habitus neuronal» pour souligner l'impact de l'environnement sur les configurations neuro-synaptiques. Notre héritage génétique, en d'autres termes, n'est pas dissociable de notre bagage relationnel. Si la fiction cartésienne[29] de l'organisme sourit à la technologie du vivant, l'inéluctable effet placebo nous ramène à la réalité du corps. «*Le sujet*, écrit de son côté Léon Cassiers[30], *émerge comme une autocréation moissonnée sur ses déterminismes*». Or, la

---

[28] Stephen Jay Gould, [1980], *Le pouce du panda. Les grandes énigmes de l'évolution*, 1983, Paris, Grasset.

[29] Déployée par Claude Bernard (1813-1878), à partir du modèle ce l'animal-machine, dans sa conception de la «médecine expérimentale».

[30] Voir : Léon Cassiers, *Ni ange, ni bête : essai sur l'éthique de l'homme ordinaire*, Cerf, Paris, 2010. Psychiatre, psychanalyste, criminologue, ancien président du Comité National de Bioéthique de Belgique, professeur à l'Université Catholique de Louvain, Léon Cassiers (1930-2009) est l'initiateur de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale (APSY-UCL) de cette université.

richesse du processus d'autocréation ne va pas sans vulnérabilité. Rapport entre dépression, solitude, chômage, férocité du marché, haine de soi, désinvestissement transférentiel, mise en panne du placebo, aptitude d'une molécule ou d'une parole à redresser la barre : voilà bien qui atteste la complexité du phénomène dépressif et la nécessité d'une psychiatrie vouée à autre chose qu'à la gestion néolibérale des désordres.

N'empêche que l'impératif gestionnaire demeure – tout particulièrement en milieu institutionnel - et que l'évaluation s'avère d'autant plus légitime que l'on bénéficie de subventions. Le tout est de savoir si la productivité va se mesurer en rentabilité immédiate (certaines cliniques appartiennent à des sociétés cotées en bourse) ou selon des critères plus complexes ? Car il est clair que, si l'acte du psychiatre qui «suit» une dépression, et celui de l'orthopédiste qui «place» une prothèse de hanche, sont jugés à même enseigne, le psychiatre risque d'être moins apprécié. Pire encore, si la clinique fonctionne comme n'importe quelle entreprise, gérant ses lits comme des stocks à «flux tendu»[31], les interventions risquent ce se voir hiérarchisées surtout en fonction de ce qu'elles permettent de facturer. De ce point de vue, la longue écoute d'un patient suicidaire (sans même de «potentiels évoqués» !) participe quasiment de l'incivisme financier, comparativement à la pratique rapide et rentable de l'imagerie médicale. C'est probablement pour cette raison que les urgences psychiatriques se voient si mal dotées. Ainsi, en Belgique, dans un hôpital universitaire en plein quartier «sensible», il peut arriver qu'un assistant se retrouve seul la nuit (l'infirmier étant tombé malade vu la pénibilité du travail) à devoir faire face à plus d'une quinzaine d'urgences (en ce y compris viols, décompensations agressives et alcooliques agités), avec pour seul recours - s'il est débordé – les vigiles de l'hôpital. Au matin, on lui reprochera immanquablement d'avoir «mal rempli les papiers». De même, la «psychiatrie de liaison» - à l'interface du psychique et du somatique, en

[31] Comme c'est le cas dans certaines cliniques privées.

même temps qu'au confluent subtil de *sickness*, *disease* et *illness* – ne servira trop souvent qu'à recadrer les «non compliants» et les «dingues» qui perturbent les autres services.

La nature même de la pratique psychiatrique, son rapport au temps et à l'interdisciplinarité, son accent mis sur la maturation personnelle du praticien, fait qu'elle requiert des critères de formation et d'évaluation différents. S'ils ne sont pris en compte, elle se voit forcément disqualifiée. Peu équipés, comparativement à l'arsenal techno-médical ambiant, les psychiatres ont pu se sentir confortés par la psychanalyse et par la psychothérapie institutionnelle, aux temps où la mode leur conférait un indéniable prestige. Pour d'autres, c'était la neurologie qui offrait un champ prometteur. La psychiatrie biologique enfin, depuis la découverte de la chlorpromazine, permettait de grands espoirs — en partie rencontrés. Mais aujourd'hui, la roue a tourné. Il y a peu de nouvelles molécules au regard du gigantesque travail de marketing réalisé par les laboratoires[32]. Par ailleurs, la neurologie s'est clairement différenciée de la psychiatrie[33] et, si le «divan» semble encore greffé au psychiatre, ce n'est plus que dans les bandes dessinées. Les temps semblent révolus où, du même élan, Roland Kuhn (1912-2005) pouvait découvrir les effets de l'imipramine (le premier antidépresseur, 1957), décortiquer Freud, et pratiquer l'analyse existentielle (*Daseinanalyse*). Aujourd'hui, en fait, le psychiatre est moins situé à l'interface de l'âme et du corps que mal pris entre le généraliste et le psychologue : celui-ci en tant que psychothérapeute, celui-là en tant que prescripteur. En Belgique, le généraliste est non seulement un grand dispensateur de psychotropes, mais il intervient en toute indépendance dans le traitement des

[32] Par exemple, promotion de l'*anxiety social disorder* (DSM-IV) pour doper les ventes du *Paxil* (paroxétine), selon l'étude de Christopher Lane.

[33] En 1985, en Belgique, le diplôme de «neuropsychiatre» se clive au profit d'une spécialisation, soit en neurologie, soit en psychiatrie. Un jeune assistant, décidant de s'orienter plutôt vers la psychiatrie, s'entend rétorquer par son patron : «Dommage que vous quittiez la médecine».

toxicomanies (notamment, en tant que prescripteur autorisé de méthadone). De son côté, le psychologue (dont le titre est protégé depuis 1993) est en situation paradoxale. Praticien le plus répandu de la psychothérapie, son exercice tombe encore en principe – s'il n'est supervisé par un médecin – sous la rubrique de «l'exercice illégal de l'art de guérir»[34]. Cette disposition est bien sûr obsolète mais ses effets n'en sont pas moins étranges. C'est ainsi qu'il y a une vingtaine d'années, il fut question de doter les psychiatres d'un numéro de code INAMI[35] spécifique pour servir au remboursement partiel des séances de psychothérapie. Mais, pour user de ce code, il fallait que les praticiens aient bénéficié eux-mêmes d'une formation dans une discipline étrangère comme telle à leur cursus. Or, il s'avéra que la plupart ne pouvaient se prévaloir que de supervisions et de thérapies personnelles chez des psychologues[36] ! Il était hors de question néanmoins de renoncer au numéro de code. On s'accorda donc sur une «solution à la belge» : aux yeux de l'INAMI, l'acte codé «psychothérapie» correspondrait, faute de mieux, à une consultation d'au moins quarante cinq minutes dans le cabinet d'un psychiatre — formé ou non. Cet épisode est moins surréaliste qu'il n'y paraît. Par-delà tout exotisme, il correspond exactement à la destructivité d'un système gestionnaire quand, par commodité, il décide d'évaluer une pratique selon des critères faisant fi de sa spécificité. La reconnaissance administrative de l'acte «psychothérapie» participe ici de sa destruction.

Au début de l'an 2000, la Belgique comptait à peu près trente six mille médecins dont environ mille huit cents psychiatres et neuropsychiatres[37], ainsi que deux cent quarante assistants en formation. Le nombre de psychiatres avait pratiquement triplé en vingt cinq ans lorsque soudain, pour appliquer des quotas rendus obligatoires en matière de production de

---

[34] Arrêté Royal n°78.

[35] Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité de Belgique.

[36] Autrement dit, chez des praticiens illégaux de l'«art de guérir».

[37] Voir : Albernhe K. et T., *Organisation des soins en psychiatrie*, Masson, Paris, 2003

médecins, la Communauté Flamande instaura un examen d'entrée et la Communauté Française un *numerus clausus* (appliqué en 1996, à la fin de la troisième année de médecine, abrogé en 2003 vu son impopularité, puis rétabli en 2005, mais cette fois à l'issue de la première année). Il s'ensuivit que le nombre de nouveaux diplômés en médecine se réduisit de moitié, et celui des assistants en psychiatrie pareillement. Du point de vue de la Sécurité Sociale, de telles mesures ont pour but de pallier les dépenses exponentielles liées à la profusion d'actes techno-médicaux de plus en plus coûteux. Mais, à l'époque, elles apparaissaient déjà comme une «solution simpliste» au professeur Jean-Jacques Rombouts, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Louvain, pour qui «la médecine clinique pratiquée avec conscience et empathie coûte moins cher et est plus efficace que la technologie[38].» Son message ne fut pas entendu. En conséquence, alors que la demande sociale ne cesse de croître (au fil notamment de l'augmentation des états dépressifs), l'offre en matière de psychiatrie se réduit fortement. En outre, on l'a souligné, cette discipline apparaît à la fois trop complexe – trop médicale en réalité - et pas suffisamment technique, pour se voir bien accueillie par les autres spécialités. À Bruxelles, par exemple, il est symptomatique qu'un des plus grands centres de consultation pluridisciplinaire de la capitale[39] ne fasse appel, sur un total de soixante quatre médecins, à aucun psychiatre. On y trouve, par contre, deux neurologues — le reste de la «sphère psy» se voyant confié aux compétences d'une psychologue, d'une psychothérapeute, d'une sexologue, d'une tabacologue et d'une diététicienne.

Dans l'espace social, le statut d'expert auprès des tribunaux, tout comme le pouvoir en matière de mise en observation et d'internement (anciennement «collocation») garde encore au psychiatre belge un statut vaguement sulfureux. En pratique privée ou en Service Sectorisé de Santé

[38] Cité dans *La Quinzaine*, n°233, 1er juin 2005, Université Catholique de Louvain.
[39] Le centre Médicis.

Mentale (SSM), selon ses choix et au gré des exigences du terrain, il lui est loisible d'intervenir plus ou moins en tant que prescripteur (molécules, hospitalisations, arrêts de travail) ou en tant que psychothérapeute. Dans le premier registre, son travail diffère peu de celui du généraliste ; dans le second il ne se distingue en rien de celui du psychologue (formé en systémique, psychanalyse ou cognitivo-comportementalisme) — si ce n'est par son pouvoir de donner accès au remboursement par la Sécurité Sociale[40]. En hôpital général, il peut arriver que le service de psychiatrie soit considéré, par le directeur médical, comme un véritable «chancre»[41]: un espace aux pratiques évasives, peu rentable et peu sûr, où il s'avère de surcroît malaisé de distinguer les soignants des soignés. En institution psychiatrique enfin, le clinicien est de plus en plus réduit au rôle de gestionnaire, écroulé sous la paperasse et obligé de faire sous-traiter la plupart de ses actes par de multiples intervenants. Tout récemment néanmoins, le législateur a décidé de le soulager, via un «article 107» incitant les hôpitaux psychiatriques à se débarrasser de leurs lits au profit de circuits de soins spécifiques répartis dans la cité. On pourrait croire à une résurgence de l'antipsychiatrie ! Mais, dans les faits, il s'agit surtout d'une mesure tendant à alléger le coût d'hospitalisations à long terme. Avec le risque de retrouver progressivement des patients, souffrant de psychopathologies graves, dans la rue, en prison (situation trop familière en France) ou – s'ils en ont les moyens – dans des lieux d'hébergement privés dépourvus de compétence.

Les calculs budgétaires à courte vue, le modèle techno-médical dominant, offrent peu de structure d'accueil, il est clair, à une psychiatrie fidèle à sa propre complexité. C'est d'autant plus dommage que non seulement la

---

[40] Depuis peu, certaines caisses d'assurance privées donnent droit au remboursement partiel d'une dizaine de séances de psychothérapie par an, effectuées par des psychologues.

[41] «Quand vas-tu enlever ton chancre de mon hôpital ?», s'enquit un jour le directeur médical des Cliniques Universitaires St-Luc (Université Catholique de Louvain, Bruxelles) auprès de Léon Cassiers, fondateur de l'unité de soins psychiatriques intégrée à cette institution.

pensée y prend un coup, mais plus encore la prévention si l'on songe à l'impressionnant cortège de morbidité introduit par le stress et la dépression. Face à cet affligeant spectacle, on pourrait s'attendre à voir les psychologues psychothérapeutes de Belgique protéger jalousement leur indépendance clinique et leur liberté de pensée. En fait, c'est loin d'être le cas. Depuis de nombreuses années, un lobby de psychologues cliniciens - surtout flamands et pour la plupart comportementalistes[42] - réclame leur paramédicalisation via une inscription dans l'Arrêté Royal n°78[43], sur un mode qui les ferait dépendre de Commissions Médicales Provinciales compétentes en matière d'organisation des soins et de déontologie. Pour prévenir tout véto budgétaire, leur objectif n'est jamais clairement énoncé, mais il s'agit essentiellement de se couler dans un cadre juridique permettant d'obtenir un code de remboursement des actes dès que la conjoncture sera plus favorable[44].

D'autres sont moins sensibles à ce «plat de lentilles». Tout particulièrement, la principale association professionnelle de psychologues cliniciens francophones, l'*Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique* (APPPsy)[45], ne souhaite nullement bénéficier d'un encadrement devenu toxique pour les psychiatres eux-mêmes. Tout au contraire, elle revendique, de la part des pouvoirs publics, la reconnaissance de critères d'*évaluation* et de *formation* qui répondent à la spécificité du champ de la santé mentale, psychiatrie y compris. Comme

---

[42] La culture flamande actuelle est proche des modèles anglo-saxons. Le comportementalisme, de son côté, s'accorde bien avec le cadre techno-médical.

[43] Ce texte législatif de 1967, organisant les modalités de «L'exercice de l'Art de Guérir», a été significativement rebaptisé. Il s'agit désormais de «L'exercice des Professions des Soins de Santé» — ce qui laisse place à plus de diversité.

[44] Impensable dans la configuration actuelle de la Sécurité Sociale au sein de l'État Fédéral belge, en cas de scission de celle-ci (à la faveur d'une évolution vers le confédéralisme) cette éventualité devient envisageable dans la région flamande, économiquement mieux lotie.

[45] Fédération professionnelle nationale agréée et, numériquement, la plus importante association de psychologues cliniciens francophones de Belgique, l'APPPsy a été fondée en janvier 1986.

dit plus haut, le placement d'une prothèse de hanche et le suivi d'une dépression, pour appartenir au domaine de la santé, ne relèvent nullement de registres comparables. D'autre part, les psychologues psychothérapeutes travaillent en bonne synergie et complémentarité avec leurs collègues psychiatres : sur le terrain, leurs liens sont souvent très étroits, particulièrement dans les Services de Santé Mentale. De surcroît, la notion de «santé mentale» implique, par définition, un respect de la diversité des parcours de vie, lequel trouve à s'appliquer dans la pluralité des approches cliniques aussi bien que dans la différence des parcours professionnels des intervenants. Cohérente avec son objet, l'APPPsy refuse donc tout corporatisme. À l'opposé de leurs collègues visant la paramédicalisation, la plupart des psychologues francophones formés à la psychothérapie ne réclament pas que sa pratique soit réservée aux seuls diplômés en médecine et en psychologie. D'ailleurs, pas plus que les généralistes ou les psychiatres eux-mêmes, les psychologues ne sont réellement formés à cette discipline dans le courant de leurs études (les accords de Bologne, en outre, ont rogné leurs stages cliniques). Il s'agit, chez les uns comme chez les autres, d'un cursus complémentaire, librement choisi, où la maturation personnelle est largement privilégiée. Seuls quelques comportementalistes radicaux estiment que l'exercice de la psychothérapie ne relève que de l'application d'une technique apprise à l'université. Pour la majorité des autres, il n'y a aucune raison – sauf corporatiste[46] - d'interdire l'exercice de la psychothérapie aux titulaires d'autres diplômes — pour autant que leur cheminement de vie, leur complément d'études et de formation, leur trajet thérapeutique personnel, leur engagement dans des supervisions, viennent attester leur sérieux.

C'est dans cette perspective que, depuis vingt-cinq ans, les psychologues de formation psychanalytique - non contents de s'opposer à la

[46] Comme l'atteste, dans divers projets ou propositions de loi belges, la permission d'office pour les médecins généralistes d'avoir accès à cette pratique, sans autre exigence de formation que leur diplôme en «médecine, chirurgie, accouchement».

paramédicalisation - œuvrent aussi à l'amélioration de l'arsenal législatif en matière de santé mentale, en tenant compte des particularités sociales, conceptuelles et cliniques du terrain. Durant la dernière législature, ils furent ainsi à l'origine d'un projet de loi déposé par le précédent Ministre Fédéral de la Santé Publique et des Affaires Sociales[47]. Il s'agissait d'introduire, au sein de l'Arrêté Royal n°78, un nouveau chapitre relatif aux spécificités de la formation, de l'évaluation, et de l'accession aux pratiques, dans le champ de la santé mentale[48]. Malgré sa promotion très active par le cabinet, ce projet fut loin de plaire à tout le monde. La chute du gouvernement précipita sa disparition (provisoire) de la scène législative. Les opposants les plus résolus furent non seulement les psychologues aspirant à la paramédicalisation[49], mais aussi les plus corporatistes parmi les psychiatres — lesquels ne vivaient nullement comme une promotion le fait de devoir relever de deux chapitres de l'Arrêté Royal n°78, encore moins la promiscuité avec le tout-venant de la santé mentale. Plus étrange fut le militantisme exacerbé de quelques psychiatres psychanalystes, rendus féroces à l'idée de tout risque de voir compromise l'extraterritorialité transcendantale de la psychanalyse. Dommage que Molière n'ait pu ici nous égayer par quelque *Impromptu du Divan,* car derrière la grisaille demeure la gravité des enjeux. L'assèchement de la pensée par le tout-génétique, l'érosion de la clinique par le tout-gestionnaire, n'ont rien, en effet, d'une mauvaise passe. Il y va d'une conception anthropologique régressive de cet «animal malade» pathoanalysé par Jacques Schotte[50], tout autant que du retrait progressif

---

[47] Rudy Demotte (PS).

[48] Sur le mode de l'ajout d'un Chapitre III – *L'exercice des professions de la santé mentale* - à ce texte de loi sur «L'exercice des professions des soins de santé» — le Chapitre I concernant *L'exercice de l'art médical et de l'art pharmaceutique*, et le II *L'exercice des professions paramédicales.*

[49] Pour une fois, ils tentèrent même d'agiter un leurre conceptuel : ajouter un Chapitre III serait *une façon de renouer avec la séparation cartésienne de l'âme et du corps* (sic).

[50] «Le dernier des Romains», comme il se plaisait à s'appeler. Voir : Jacques Schotte, *Un parcours. Rencontrer, relier, dialoguer, partager*, Le Pli, Paris, 2006 , et Jean-Louis Feys,

des rayons de ces «grands remèdes à nos grands maux qu'on ne trouve pas en pharmacie»[51]. La question de l'évaluation reste plus centrale que jamais. En effet, là où la techno-médecine évalue les thérapeutiques en termes d'échelles de *normalité* retrouvée, la psychiatrie, la psychanalyse, rencontrent des pathologies mentales et comportementales dont les horizons désordonnés dissimulent, par-delà toute quantification, d'improbables chemins vers la *santé*.

Difficile, autrement dit, de faire entendre à un chargé d'évaluation que l'incendie de sa voiture puisse s'intégrer au parcours structurant d'un adolescent «issu de l'immigration», le menant de la honte à la haine — comme prélude éventuel à une reconnaissance *de* et *par* l'autre. Sans doute vaut-il mieux renoncer à ce genre de complication et, pour échapper au *disorder*, mettre de l'ordre dans nos idées ? Essayons.

Je mets beaucoup d'ordre dans mes idées. Ça ne va pas tout seul. Il y a des idées qui ne supportent pas l'ordre et qui préfèrent crever. À la fin, j'ai beaucoup d'ordre et presque plus d'idées[52]*.*

Francis Martens ·

L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte, Hermann, Paris, 2009 (prix de L'Évolution Psychiatrique 2009).

[51] Remis sur le marché par la chanteuse québecoise Linda Lemay dans *Les torchons et les guenilles.*

[52] Norge, *Les oignons*, 1953.

· Président de l'Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique de Belgique (APPPsy) et du Conseil d'Éthique de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Université de Louvain (APSY-UCL) ; 95, rue de l'Arbre-Bénit, B-1050, Bruxelles. Papier à paraître, en version abrégée, dans *Psychiatrie Française* (Association Française de Psychiatrie ; Syndicat des Psychiatres Français).